Uro-Tainer® : Entretien des cathéters à demeure

Guide pour un plan de traitement adéquat

B|BRAUN
SHARING EXPERTISE

Introduction

Les soins et l'entretien de tous les cathéters à demeure, qu'ils soient transurétraux ou suspubiens, sont d'une importance primordiale pour éviter les problèmes tels qu'une obstruction. Les différentes causes peuvent être minimisées par une approche proactive.

Le concept Uro-Tainer® a été développé en remplacement du rinçage standard à l'aide d'une seringue pour minimiser les risques correspondants de contamination et de pression et/ou d'aspiration excessives sur la paroi vésicale (Getliffe K.A. 1996)(1).

L'indication la plus courante consiste à combattre et prévenir les dépôts et la calcification du cathéter. L'étude du professeur Getliffe (Getliffe K.A. 1994)(2) a déjà démontré qu'une calcification se produisait dans 50 % des cas avec, comme conséquence possible, le blocage du cathéter.

Ce plan de traitement vous donne un fil conducteur pour une utilisation efficace des solutions Uro-Tainer® pour l'entretien du cathéter.

Ces directives sont basées sur des preuves scientifiques mais ne remplacent en aucun cas votre évaluation et votre intervention professionnelle.

Problèmes les plus courants des cathéters à demeure.

Infection:

- Les infections des voies urinaires associées à des cathéters à demeure constituent environ 45 % de toutes les infections nosocomiales (Winn C. 1996)(3).
- Des études révèlent qu'après 3 semaines, une quantité significative de bactéries est déjà présente dans la vessie dans 62 % des cas (Kumon H. et. al 2001)(4).

Fuite par le cathéter:

Les fuites par le cathéter sont un problème très courant chez les patients présentant un cathéter à demeure. Les fuites les plus fréquentes sont provoquées par:

- une obstruction du cathéter
- un coude dans le tube d'évacuation vers la poche collectrice d'urine
- utilisation d'une charrière incorrecte
- gonflage incorrect du ballon
- une pression plus élevée sur le cathéter dû à la constipation

- une instabilité du muscle de la vessie: lorsque le muscle de la vessie se contracte spontanément, il provoque des spasmes de la vessie et, dès lors, une fuite par le cathéter. Ces contractions peuvent être suffisamment fortes pour expulser le cathéter de la vessie.
- une irritation du trigone ou des spasmes de la vessie (souvent en raison d'une dimension inadéquate de la charrière du cathéter ou du ballon, ou une traction sur le cathéter)

(Rew M. & Woodward S. 2001)(5)

Douleurs et désagréments:
Si le patient se plaint de douleurs, il faut vérifier si:

- le cathéter a la dimension et/ou la longueur (Charrière) adéquate
- aucune traction n'est exercée sur le cathéter
- il n'y a pas de spasmes de la vessie
- il n'y a pas d'infection des voies urinaires

En fonction de la cause, des mesures adéquates doivent être prises.

Blocage:
Le cathéter peut être bouché pour plusieurs raisons:

- Constipation
- Tube coudé dans la poche collectrice d'urine
- Les orifices d'évacuation (yeux) du cathéter sont fermés par la paroi vésicale, par exemple par des forces d'aspiration
- Calcification
- Formation de débris

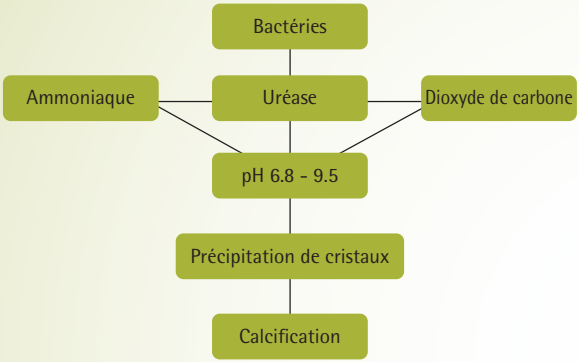
Tout blocage peut conduire à la rétention urinaire, à des désagréments pour le patient et à des fuites le long du cathéter. La calcification et la formation de débris sont les causes les plus fréquentes de blocage (Getliffe K.A. 1996)(1).

Calcification:
La calcification est la cause la plus fréquente de cathéters bouchés (Getliffe K.A. 1996)(1). Les bactéries dans l'urine, telles que le 'Proteus mirabilis', produisent l'enzyme uréase. Celle-ci dégrade l'urée en ammoniaque et en dioxyde de carbone. Cette dégradation conduit à une élévation du pH et l'urine devient alcaline, créant les conditions idéales au développement de cristaux, par exemple de phosphate de magnésium-ammonium et de phosphate de calcium.
Ces cristaux se forment autour des yeux, sur le ballon et dans la lumière interne du cathéter.

Cathéter avec calcification

Globalement, le groupe de porteurs de cathéter doit être réparti en deux catégories :

1. Bloquants: ce groupe conduit à une obstruction en quelques jours, voire quelques semaines
2. Non bloquants: ce groupe ne présente pas ou guère de calcification, même après une longue période de plusieurs semaines ou plusieurs mois



Formation de débris:

La formation de débris peut bloquer le cathéter.

Les causes peuvent être:

- les cellules endothéliales de la paroi vésicale
- les cellules tumorales
- l'infection
- le sang résultant d'une maladie, d'une chirurgie urologique ou d'un traumatisme

Boire suffisamment favorise un bon 'rinçage' naturel.

Durée de vie du cathéter.

Plusieurs causes peuvent conduire à une obstruction du cathéter. Il est donc important de déterminer la cause exacte du blocage. Le remplacement fréquent du cathéter à demeure entraîne en effet un risque plus important d'infection et de désagréments pour le porteur de cathéters.

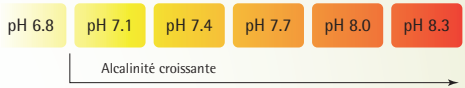
Dès que la durée de vie du cathéter est menacée par la calcification ou la formation de débris, des interventions avec les solutions de rinçage Uro-Tainer® adéquates, en plus d'une alimentation saine et d'une hydratation suffisante, peuvent prolonger la durée de vie du cathéter.

Il est recommandé de déterminer dans le plan de traitement dès la première mise en place du tout premier cathéter la date de sa pose et le motif de son enlèvement. En règle générale, une idée claire de la durée de vie du cathéter est obtenue après l'évaluation de trois à cinq cathéters (Norberg B. et al 1983)(6).

Evaluation et traitement de la calcification.
Un blocage par calcification doit généralement être établi à l'aide des points suivants:

Indicateur de pH:
Contrôlez régulièrement le pH de l'urine étant donné qu'une urine alcaline (indiquée par un pH élevé) est un indice important d'une éventuelle calcification (Getliffe K.A. Et Dolman M. 1997)(7).

Le pH peut être mesuré à l'aide de languettes de test de pH.



Mode d'emploi pour l'utilisation des languettes de test de pH:

1. Ces languettes sont utilisées pour déterminer le pH de l'urine, alcalin ou acide
2. Les languettes sont utilisées par le personnel médical ou infirmier et les patients.
3. La fréquence d'utilisation dépend des besoins individuels et de l'état de santé.
4. Procédure:
    a. Prélevez un échantillon d'urine « fraîche » du cathéter
    b. Plongez la languette de test de pH dans l'échantillon d'urine pendant 3 secondes.
    c. Comparez la languette avec le code de couleur sur l'emballage
    d. Plus le pH est élevé, plus l'urine est alcaline

Culture:
Les bactéries dans l'urine, comme le 'Proteus mirabilis', en association avec l'urine alcaline, créent les conditions idéales à l'apparition d'une calcification.

Inspection:
En cas de présomption d'un blocage par calcification, il est conseillé de le contrôler après enlèvement du cathéter en coupant le cathéter dans le sens de la longueur.

Si l'obstruction du cathéter est due à une calcification, la 'solution' adéquate est Uro-Tainer® Suby G. Si l'Uro-Tainer® Suby G ne donne pas de résultat suffisant, on peut opter pour l'Uro-Tainer® Solutio R. Il est conseillé de ne pas utiliser Uro-Tainer® Solutio R plus de 2 à 3 semaines de suite et de repasser ensuite à Suby G. Le taux d'acidité élevé de Solutio R peut irriter la paroi vésicale.

La période durant laquelle le cathéter reste in situ doit être suivie et documentée en permanence. L'efficacité de l'Uro-Tainer® Suby G ou de l'Uro-Tainer® Solutio R peut alors être évaluée et le plan de traitement peut être poursuivi ou adapté.

Important : L'étude démontre qu'un rinçage avec 30 ml de **Suby G ou Solutio R** suivi directement par un deuxième rinçage avec 30 ml, est nettement plus efficace pour dissoudre la calcification qu'un rinçage avec une plus grande quantité (100 ml). (Getliffe K.A. et al 2000)(8)

Attention ! Le rinçage vésical est un acte qui doit être prescrit par le médecin.

Uro-Tainer® Suby G B. Braun

Indication: Une solution légèrement hypotonique qui est moins irritante par adjonction de magnésium (pH 4,2). Ce liquide est destiné spécialement à prévenir la cristallisation des phosphates et à dissoudre la calcification existante dans le cathéter à demeure.
Fréquence : 2 à 3 fois par semaine (*) en fonction de la problématique, sauf prescription contraire du médecin. Le liquide doit rester en place 5 minutes dans le cathéter et la vessie.
Composition : par 100 ml:

monohydrate d'acide citrique	3,23 g
oxyde de magnésium léger	0,38 g
bicarbonate de sodium	0,70 g
édétate disodique 2H2O	0,01 g
dans de l'eau pour injection	

(*)En cas d'utilisation régulière, il est conseillé d'avoir recours à une pièce intermédiaire (robinet ou sonde à 3 voies) pour conserver le système fermé.

Uro-Tainer® Solutio R B.Braun

Indication: Une solution légèrement hypotonique qui est destinée spécialement aux cathéters présentant une calcification tenace par la concentration plus élevée en acide citrique et en gluconolactone lorsque Suby G ne donne pas de résultats suffisants. (pH 4,0)
En outre, ce liquide minimise le traumatisme lors de l'enlèvement du cathéter à demeure.
Fréquence: 2 à 3 fois par semaine(*) en fonction de la problématique, sauf prescription contraire du médecin. Le liquide doit rester 5 minutes en place dans le cathéter et la vessie.
Composition : par 100 ml:

monohydrate d'acide citrique	6,00 g
gluconolactone	0,60 g
carbonate de magnésium léger	2,80 g
édétate disodique 2H2O	0,01 g

dans de l'eau pour injection

Evaluation et traitement de la formation de débris.

Un cathéter bouché qui ne présente pas de calcification mais bien la formation de débris, donne une bonne indication que la formation de débris est la cause de l'obstruction.

Si l'obstruction du cathéter est provoquée par la formation de débris, la 'solution' adéquate est: Uro-Tainer® NaCl 0.9%.

La période durant laquelle le cathéter reste in situ doit être suivie et documentée en permanence. L'efficacité de l' Uro-Tainer® NaCl 0.9% peut alors être évaluée et le plan de traitement peut être poursuivi ou adapté.

Uro-Tainer® NaCl 0.9% B.Braun

Indication: Ce liquide isotonique est principalement utilisé pour le nettoyage mécanique de la vessie et du cathéter, comme en cas de formation de débris dans la vessie. (pH 7,0)
Fréquence: 1 à 2 fois par jour(*) en fonction de la problématique, sauf prescription contraire du médecin.
Composition: par 100 ml: chlorure de sodium 0,9%

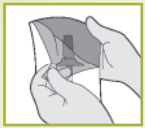
(*)En cas d'utilisation régulière, il est conseillé d'avoir recours à une pièce intermédiaire (robinet ou sonde à 3 voies) pour conserver le système fermé.

Attention ! Le rinçage vésical est un acte qui doit être prescrit par le médecin.

Mode d'emploi

Mode d'emploi Uro-Tainer® 100 ml.

1) Chauffez l'Uro-Tainer® si nécessaire dans de l'eau tiède.
Entre-temps, désinfectez-vous (*) soigneusement les mains.
(*) Utilisez Softalind® Viscorub ou Softalind® Hand Gel



2) Déchirez l'emballage stérile en plastique et sortez l'Uro-Tainer® de l'emballage.

3) Fermez à l'aide du clamp coulissant la canule de l'Uro-Tainer®.

4) Enlevez la bague de sécurité et tirez le bouchon protecteur de l'embout du cathéter de l'Uro-Tainer® sans toucher l'embout du cathéter.

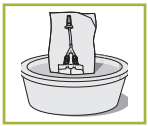
5) Ouvrez la canule en repoussant le clamp coulissant. Laissez couler quelques gouttes du liquide Uro-Tainer® par le cathéter afin d'expulser tout l'air de la canule.

6) Raccordez l'embout du cathéter d'Uro-Tainer® au cathéter.

7) Laissez couler le liquide sous l'action de la gravité. Laissez le liquide pendant 15 minutes dans la vessie en fermant le clamp à moins que l'Uro-Tainer® ne soit utilisée comme lavage mécanique (NaCl 0,9%).

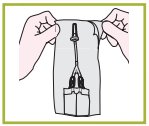
8) Rouvrez le clamp et laissez affluer le liquide en abaissant l'Uro-Tainer®. Lorsque celui-ci est plein, fermez le clamp et détachez l'Uro-Tainer® du cathéter.
Jetez l'Uro-Tainer®, celui-ci est destiné à un usage unique.

Mode d'emploi Uro-Tainer® Twin.

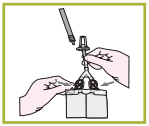


1) Si nécessaire chauffez l'Uro-Tainer® dans de l'eau tiède.
Entre-temps, désinfectez-vous (*) soigneusement les mains.

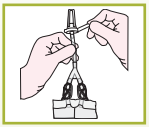
(*) Utilisez Softalind® Viscorub ou Softalind® Hand Gel



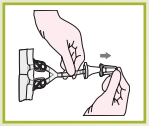
2) Déchirez l'emballage stérile en plastique et sortez l'Uro-Tainer® de l'emballage



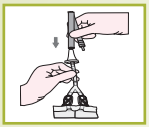
3) Fermez les deux canules de l'Uro-Tainer® avec le clamp vert et le clamp blanc



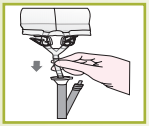
4) Enlevez la bague de sécurité.



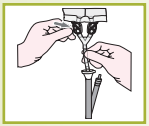
5) Tirez le cache de protection de l'embout du cathéter de l'Uro-Tainer® Twin sans toucher l'embout du cathéter. Ouvrez la canule avec le clamp blanc. Faites couler quelques gouttes du liquide Uro-Tainer® Twin par le cathéter de telle sorte que tout l'air sorte de la canule et fermez le clamp blanc.



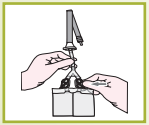
6) Raccordez l'embout du cathéter de l'Uro-Tainer® Twin au cathéter.



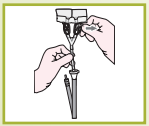
7) Tenez l'Uro-Tainer® Twin au-dessus du niveau de la vessie, ouvrez le clamp blanc et laissez couler le liquide de la première chambre dans le cathéter et la vessie. Pour éviter un traumatisme éventuel, n'exercez pas de force.



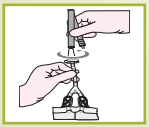
8) Fermez le clamp blanc.



9) Laissez le liquide 5 minutes en place, puis ouvrez le clamp blanc. Maintenez l'Uro-Tainer® Twin en dessous du niveau de la vessie et laissez revenir le liquide.
Fermez ensuite le clamp blanc.



10) Répétez les points 7, 8 et 9 avec le clamp vert.



11) Vérifiez si les deux clamps sont à présent fermés. Enlevez l'embout du cathéter en tournant délicatement. Raccordez le cathéter à une poche collectrice stérile.

Jetez l'Uro-Tainer® Twin, celui-ci est destiné à un usage unique.

Liste des références.

(1) Getliffe K.A. (1996), "Bladder instillations and bladder wash-outs in the management of catheterised Patients. ", Journal of Advanced Nursing 23, 548-554.

(2) Getliffe K.A. (1994), "The characteristics and management of patients with recurrent blockage of long term urinary catheters.", Journal of Advanced Nursing 20:1, 140-149.

(3) Winn C. (1996), "Catheterisation. Extending the scope of practice.", Nursing Standard 10(52), 49-54.

(4) Kumon H., Hasimoto H., Nishimura M., Monden C., Ono N. (2001), "Catheter-associated urinary tract infections: impact on catheter materials on their management.", International Journal Antimicrobial Agents 17, 311-316.

(5) Rew M. & Woodward S. (2001), "Troubleshooting common problems associated with longterm catheters. ", British Journal of Nursing 10 (12), 764-774.

(6) Norberg B., Norberg A., Parkhede U. (1983), "The spontaneous variation in catheter life in long stay geriatric patients with indwelling catheters.", Gerontology 29, 332-335.

(7) Getliffe K.A., Dolman M. (1997), "Promoting Continence, A Clinical and Research Resource.", Bailliere Tindall, London.

(8) Getliffe K.A., Hughes S.C., Le Claire M. (2000), "The dissolution of urinary catheter encrustation.", British Journal of Urology International 85, 60-64.

Gamme Uro-Tainer®

Code CNK	N° référence	Contenance	Quantité	Description
Uro-Tainer® Twin				
2737-377	9746609	2x30ml	10	Uro-Tainer® Twin Suby G
2737-385	9746625	2x30ml	10	Uro-Tainer® Twin Solutio R
Uro-Tainer® NaCl 0.9%				
0095-000	FB99833	100ml	10	Uro-Tainer® NaCl 0,9%
2738-433	FB99853	100ml	10	Uro-Tainer® M NaCl 0,9%
Uro-Tainer® Chlorhexedine				
0093-468	FB19838	100ml	10	Uro-Tainer® Chlorhexedine 0,02%*

*spécialité pharmaceutique, disponible uniquement en pharmacie.

B BRAUN
SHARING EXPERTISE
B. Braun Medical N.V./S.A.
Woluwelaan 140b
1831 Diegem

www.bbraun.com
info.be@bbraun.com

CE